

運動型健康増進施設の現状把握調査

ご回答にあたってのお願い

- ・ ご回答は、あてはまる番号を○で囲むか、 や () 内に具体的にご記入ください。
- ・ ご回答について、(自由記載) と記載している質問については自由に意見等をご記入ください。
- ・ ご回答は、質問の番号や指示にそってお願いします。
- ・ ご回答の締め切りは 2018年1月12日(金) とさせていただきます。

I. 施設名

施 設 名	
-------	--

II. 施設のタイプや概要に関する質問

(1) 施設のタイプはどのタイプですか(○は1つのみ)

1. 公営のフィットネス (スポーツ) 施設 → (3) にお進みください
2. 民間のフィットネス (スポーツ) 施設
3. 医療法第 42 条施設 (※)
4. (医療法第 42 条施設ではないが) 病院に併設したフィットネス (スポーツ) 施設
5. その他 (自由記載 : _____)

※ 医療法第 42 条において、医療法人の付帯事業の 1 つとして定められたもので、疾病予防のために有酸素運動を行わせる施設のことです。

(2) 16 歳以上の会員(登録者)数は何人くらいですか【おおよそで結構です】(○は1つのみ)

1. 100 人未満	2. 100~500 人	3. 501~1,000 人
4. 1,001~2,000 人	5. 2,001 人~3,000 人	6. 3,001 人以上

(3) 1 日当たりの 16 歳以上の利用者数は何人くらいですか【おおよそで結構です】(○は1つのみ)

1. 50 人未満	2. 50~100 人	3. 101~200 人
4. 201~500 人	5. 501~800 人	6. 801 人以上

(4) 利用者の年齢構成を合計 100%になるようにご記入ください【おおよそで結構です】

20 歳未満	%
20 歳～29 歳	%
30 歳～49 歳	%
50 歳～59 歳	%
60 歳以上	%
合 計	1 0 0 %

Ⅲ. 体力測定に関する質問

(1) 身長、体重、皮脂厚(あるいは体脂肪測定装置)などの測定を実施していますか(○はいくつでも)

1. 施設利用者全員を対象に実施している
2. 施設利用者で測定を希望する人を対象に実施している
3. 運動療法処方せん持参者全員を対象に実施している
4. 運動療法処方せん持参者で測定を希望する人を対象に実施している
5. 実施していない

(2) 身長、体重、皮脂厚(あるいは体脂肪測定装置)などの測定の実施頻度はどのくらいですか

(○は1つのみ)

1. 入会時のみ
2. 必要に応じて随時
3. 希望に応じて随時
4. 定期的実施 (年 1 回以下)
5. 定期的実施 (年 2 回以上)

(3) 全身持久力測定を実施していますか(○はいくつでも)

1. 施設利用者全員を対象に実施している
2. 施設利用者で測定を希望する人を対象に実施している
3. 運動療法処方せん持参者全員を対象に実施している
4. 運動療法処方せん持参者で測定を希望する人を対象に実施している
5. 実施していない

(4) 全身持久力測定の実施頻度はどのくらいですか(○は1つのみ)

1. 入会時のみ
2. 必要に応じて随時
3. 希望に応じて随時
4. 定期的実施 (年 1 回以下)
5. 定期的実施 (年 2 回以上)

(5) その他の体力測定(筋力・筋持久力・柔軟性・敏捷性・平衡性等の全部または一部)を実施していますか

(○はいくつでも)

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 施設利用者全員を対象に実施している |
| 2. 施設利用者で測定を希望する人を対象に実施している |
| 3. 運動療法処方せん持参者全員を対象に実施している |
| 4. 運動療法処方せん持参者で測定を希望する人を対象に実施している |
| 5. 実施していない |

(6) その他の体力測定の実施頻度はどのくらいですか(○は1つのみ)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-------------|
| 1. 入会時のみ | 2. 必要に応じて随時 | 3. 希望に応じて随時 |
| 4. 定期的実施(年1回以下) | 5. 定期的実施(年2回以上) | |

(7) 指定運動療法施設ですか(○は1つのみ)

- | |
|---|
| 1. はい → 「 IV. 運動療法プログラムに関する質問 」にお進みください。 |
| 2. いいえ → 「 V. 運動プログラムに関する質問 」にお進みください。 |

IV. 運動療法プログラムに関する質問 (指定運動療法施設のみご回答ください)

(1) 運動療法の利用者数(医療費控除対象者)は月何人くらいですか【おおよそで結構です】(○は1つのみ)

- | | | |
|----------------|-----------|-----------|
| 1. 0人(ほとんどいない) | 2. 10人未満 | 3. 10~50人 |
| 4. 51~100人 | 5. 101人以上 | |

(2) 運動療法の利用者数は、疾病別にみると月何人くらいですか【おおよそで結構です】

① 整形外科系の疾病	人
② 内科系の疾病	人
③ その他・不明	人

(3) 1 回当たりの運動療法の実施にかかる料金はいくらに設定していますか(○は1つのみ)

会費から運動療法の費用を充当している場合は 1 回当たりの料金を計算してご記入ください。

- | | |
|----------------------|----------------------|
| 1. 1,000 円未満 | 2. 1,000 円～3,000 円未満 |
| 3. 3,000 円～5,000 円未満 | 4. 5,000 円以上 |

(4) 利用者が医療費控除の制度を活用できていると感じますか(○は1つのみ)

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 大いに活用できている | 2. まあまあ活用できている |
| 3. 少しは活用できている | 4. ほとんど活用できていない |
| 5. わからない | |

(5) 施設として、利用者に対して医療費控除の制度を積極的に周知していますか(○は1つのみ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大いに周知している | 2. まあまあ周知している |
| 3. 少しだけ周知している | 4. ほとんど周知していない |

(6) 施設として、近隣の医療機関に医療費控除の制度を積極的に周知していますか(○は1つのみ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大いに周知している | 2. まあまあ周知している |
| 3. 少しだけ周知している | 4. ほとんど周知していない |

(7) 施設として、近隣の医療機関と医療費控除の制度に関して連携していますか(○は1つのみ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大いに連携している | 2. まあまあ連携している |
| 3. 少しだけ連携している | 4. ほとんど連携していない |

(8) 医療費控除の制度を活用するための改善案があればお教えてください(自由記載)

(8) プログラム毎のエネルギー消費量や強度などの情報や効果を明示していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 明示している | 2. 明示していない |
|-----------|------------|

(9) 処方箋や運動指導記録を保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 保存していない | 2. 1年程度保存している |
| 3. 2～5年程度保存している | 4. 6～10年程度保存している |
| 5. 10年以上保存している | 6. 半永久的に保存している |

(10) 処方箋や運動指導記録はどのような方法で保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. 保存していない | 2. 紙媒体(カルテ等)で保存している |
| 3. 電子媒体(パソコン内のファイル等)で保存している | |

(11) 傷害や事故の記録を保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 保存していない | 2. 1年程度保存している |
| 3. 2～5年程度保存している | 4. 6～10年程度保存している |
| 5. 10年以上保存している | 6. 半永久的に保存している |

(12) 傷害や事故の記録はどのような方法で保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. 保存していない | 2. 紙媒体で保存している |
| 3. 電子媒体(パソコン内のファイル等)で保存している | |

(13) プログラムの効果について健診結果(血圧や血液検査結果など)等を用いて評価していますか

(○は1つのみ)

- | |
|--|
| 1. 評価している |
| 2. 評価していない → 「 VI. 運動型健康増進施設認定制度の課題に関する質問 」
にお進みください |

(14) プログラムの評価をプログラムの改善等に活用していますか(○は1つのみ)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大いに活用している | 2. まあまあ活用している |
| 3. 少しだけ活用している | 4. ほとんど活用していない |

(15) プログラムの評価に関する記録を保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1. 保存していない | 2. 1年程度保存している |
| 3. 2～5年程度保存している | 4. 6～10年程度保存している |
| 5. 10年以上保存している | 6. 半永久的に保存している |

(16) プログラムの評価の記録はどのような方法で保存していますか(○は1つのみ)

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. 保存していない | 2. 紙媒体で保存している |
| 3. 電子媒体(パソコン内のファイル等)で保存している | |

VI. 運動型健康増進施設認定制度の課題に関する質問 (すべての施設がご回答ください)

(1) 運動型健康増進施設として十分に活動できていると感じますか(○は1つのみ)

- | |
|-----------------|
| 1. 大いに活動できている |
| 2. まあまあ活動できている |
| 3. 少しだが活動できている |
| 4. ほとんど活動できていない |
| 5. わからない |

(2) 運動型健康増進施設認定制度は「国民の健康づくりの推進」に貢献できていると感じますか

(○は1つのみ)

- | |
|-----------------|
| 1. 大いに貢献できている |
| 2. まあまあ貢献できている |
| 3. 少しだが貢献できている |
| 4. ほとんど貢献できていない |
| 5. わからない |

(3) 運動型健康増進施設を運営するにあたっての課題はどのようなものですか(○はいくつでも)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 運動療法処方せんを持参して施設を訪問される人が少ない2. 日本医師会認定健康スポーツ医が所属する提携医療機関との契約が困難3. 健康運動指導士の安定雇用や継続雇用が困難4. 健康運動実践指導者の安定雇用や継続雇用が困難5. 健康運動指導士の運動療法に関する能力の質がばらばらで困る6. 健康運動実践指導者の運動療法に関する能力の質がばらばらで困る7. その他(自由記載: _____) |
|---|

Ⅶ. 施設の社会貢献や学術貢献に関する質問

(1) 自治体や企業との連携事業を行っていますか(○はいくつでも)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 自治体と行っている → (_____ 件)2. 企業と行っている → (_____ 件)3. 行っていない |
|--|

(2) 自治体や企業との連携事業を行っている場合は、その概要をお教えてください(自由記載)

(3) 施設のどなたかが日本健康運動指導士会や都道府県の支部の役員や事務局として会の運営をサポートしていますか(○は1つのみ)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 頻繁にサポートしている2. 時々サポートしている3. 全くサポートしていない4. わからない |
|--|

(4) 施設の常勤スタッフのどなたかが日本健康運動指導士会や都道府県の支部以外の「国民の健康づくりの推進」に関連のある組織や団体の役員や事務局として組織や団体の運営をサポートしていますか(○は1つのみ)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 頻繁にサポートしている2. 時々サポートしている3. 全くサポートしていない4. わからない |
|--|

(5) 施設のどなたかが学会発表や論文発表など、学術的な活動に参加していますか(○は1つのみ)

1. 頻繁に参加している	2. 時々参加している
3. 全く参加していない	4. わからない

(6) 学術的な活動として、外部の研究機関との連携やデータの提供をしていますか(○は1つのみ)

1. 頻繁にしている	2. 時々している
3. 全くしていない	4. わからない

VIII. 健康増進施設認定制度に関する課題や希望

健康増進施設認定制度に関する課題や希望がありましたら下記に記載してください。

研究を進めるうえでの参考にさせていただきます。

IX. 訪問調査および電話によるヒアリング調査へのご協力をお願い

研究班では訪問調査や電話によるヒアリング調査を実施させていただきたいと考えております。

ご協力いただける場合は、連絡先・ご担当いただける方のお名前を下記にご記入ください。

連絡先(電話番号)	
連絡先(メールアドレス)	
ご担当者のお名前	

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

ご回答の締め切りは 2018年1月12日(金)とさせていただきます。

ご記入後は同封した返信用封筒に入れて返送をお願いいたします。